

子どもの人権と法に関する委員会パネルディスカッション「女子非行の理解と支援」

女子非行の特徴について—医療の立場から

定本 ゆきこ

京都少年鑑別所

非行には性差がある。

非行とは、思春期に個人が起こす問題行動であるが、殆どの非行少年が情緒的・心理的問題を抱えており、多くの場合、家庭や学校、職場等周囲の環境との関係による影響を受けている。したがって、非行は、法的に逸脱した行為であると共に、生物心理社会的現象と言えるのである。

生物学的な問題であれば当然性差を示して不思議はない。また、私たちを取り巻く環境はジェンダーフリーではあり得ず、家庭や学校、地域社会で、女性であるが故の差別的、被害的経験を受けている確率は、男性よりも高いと思われる。それが後々までの情緒的・心理的問題に繋がっていく。

非行の数において、国と地域を問わずいつの時代も、男子が女子よりも圧倒的に多い。令和3年、少年非行の検挙数は、男子17,296人、女子3,634人であり、女子比は15.9%であった。年によって多少の増減はあるが、女子比は例年大体10%余りである。

起こす非行も男女では違う。少年鑑別所への入所事由では、女子が男子に比べて多いのは虞犯と薬物事犯であり、少ないのは傷害・暴行などの粗暴事犯と道路交通法違反等である。また非行態様も、女子の場合は受け身的、無自覚的な関与であることが多い。交際男性の傍にいて共犯とみなされたり、家出中に住まわせてもらった相手に覚せい剤を打たれたりして罪を問われる立場になっている。

さらに、非行少年の質的な男女差を理解するために、思春期に非行が引き起こされるメカニズムの違いを示す。思春期は性ホルモンの分泌によって始まるが、この時期には自分のことが気になり始め自己像が最大の関心事になる。人の視線に敏感になり、些細なことで揺れ動き不安を強める。そのため、第二の乳児期と言われるほどに依存的になる一方で、自己主張が芽生え親や大人に対して反発を向けるようになる。この依存と反発という相反する態度が親や教師など大人に向けられ大なり小なり葛藤が引き起こされるのが思春期であり、大人になってゆくために誰もが通る道なのである。

依存と反発の内、男子は反発が中心であり、激しい自己主張の噴出が逸脱行動に繋がることがある一方で、女子は依存が中心である。思春期に強まる依存を通常家庭や母親に向けるのだが、何らかの理由で母親が受け止められない時、家庭が心の居場所になっていない時、依存対象を求めて外にさ迷いである。家出した少女達が良い大人に行き当たることはなかなか少ない。結局は性的搾取を受けながら、思わずながら犯罪に巻き込まれ加害者の立場に置かれていくのである。

したがって、女子は男子以上に家庭の保護状況に問題がある。加害者の立場にはいるものの、被害者性、弱者性の方がはるかに勝っている。かなりの割合で性被害の経験を有しているし、精神保健上の問題を抱えている。

以上により、女子非行少年は、矯正教育以前に安全な場所と関係性に保護され、治療的な介入を受けべき存在なのである。

倫理的配慮：本演題に関連して、筆頭著者に開示すべきCOIはありません。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

子どもの人権と法に関する委員会パネルディスカッション「女子非行の理解と支援」

司法の場に現れる女子について

安保 千秋

都大路法律事務所

少年事件の付添人として、男子に比べると少ないですが、女子にも出会ってきました。また、私は、NPO法人で女子ための子どもシェルターを運営しており、少年審判において、試験観察になった際の補導委託先や保護観察になった際の帰住先として、少年院の仮退院をする際に帰住先のない少年を受け入れる自立準備ホームとして、女子を受け入れています。子どもシェルターは、貧困・虐待・非行などにより家庭に帰ることができず、今晚帰る所のない子ども達（おおむね15歳から19歳）のための緊急避難場所で、全国では、現在、16の子どもシェルターが活動しています。様々な理由で帰る所がない「ひとりぼっち」の子ども達のために、子どもシェルターでは、大人のスタッフが生活を共にして安全で家庭的な生活を提供し、子どもは心身の休息と次のステップへの準備をします。子どもシェルターの活動は、家庭で親に育ててもらった権利を奪われた子どもの生命、成長発達の権利を保障し、子どもの尊厳の回復を目指しています。

少年事件で出会う女子達は、薬物事犯や虞犯が多く、その他、虐待家庭に育ち家族関係の中で暴力事件を起こしてしまったり、虐待家庭から家出し出会った男性らと集団窃盗を繰り返したり、虐待家庭から児童養護施設で暮らすようになったけれど担当の職員との関係がこじれ事件を起こしたり等と、起こした事件はこれまでの成育環境から大きく影響を受けています。成育過程において性虐待や性被害を受けていることも多く、妊娠や性病に罹患している女子もいます。また、自傷、オーバードーズなどの問題を抱えていたり、精神薬を処方されており服薬管理が必要な女子もいます。

少年事件の付添人は、少年の可塑性を信じ、環境調整や少年とのやり取りを通じて、少年が主体的に振り返り、これからの更生を考え、それを歩んでいくことをパートナーとして伴走していく活動をしています。その歩みが進まず、少年審判終了後も支援を続けることもあります。特に女子の場合は、少年審判終了後も支援を続け、忍耐が試されることや、関係機関等との密な連携が必要なことも多いです。子どものシェルターにおいても、入所者は、入所してしばらくは、安全な場所にほっとしていますが、その後、心身に少し余裕が出てくると、とても揺れ動き、極端に甘え、スタッフに際限のない要求をしたり、暴力的な言動にでたり、自傷行為を始めたり、精神的な不安定さをむき出しにしたり、混沌とした感情の中で、自分自身やスタッフ、時には他の入所者に対し、強い怒りの感情をぶつけることもあります。これまでの過酷な生活の中で身につけてしまった人を操作する言動をし、スタッフや他の入所者を混乱させることもあります。

少年事件で出会う女子達の支援は、女子達の尊厳の回復を目指して、ともに歩む過程といえます。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

子どもの人権と法に関する委員会パネルディスカッション「女子非行の理解と支援」

女子少年院における社会復帰支援について

平田 哉

丸亀少女の家

少年院入院者の人員は、最近 25 年間では、平成 12 年 (6,052 人) をピークに減少傾向が続いている。これは少子化ゆえ、人員数の減少は当然のことであると言える。犯罪白書によれば、令和 3 年は 1,377 人 (前年比 15.2%減) であり、昭和 24 年以降最少であった。ただ、令和 3 年の入院人員に対する女子比は、前年より 0.2pt 上昇している。

また、被虐待経験を有する女子少年の割合は本人申告で約 6 割ほどである。調査は本人申告に基づくため、実際にはそれ以上いると思われる。少年院においてはマインドフルネスやアサーショントレーニングといった基本的な処遇プログラムに加え、女子に特化した自傷・摂食障害及び性問題行動に対するプログラムも実施されている。しかしながら、少年院入院までの期間における逆境体験に対するケアは、標準在院期間 11 か月とされる少年院の中で完結することはできず、出院後の社会生活においても継続してなされる必要がある。

さらに、出院の際には約 4 割の少年が保護者のもと以外の更生保護施設やグループホームなどの福祉施設、雇主のもとなどに帰住をしている。これらの状況により、幼少期から不適切な養育により家庭が安全な居場所になっていなかったことや、家族関係の困難さなどから適切な支援に結び付くことが困難な状況であったことが推測される。

平成 26 年に全面改正され、同 27 年から施行された少年院法の第 44 条において、「少年院の長は、在院者の円滑な社会復帰を図るため、出院後に自立した生活を営む上での困難を有する在院者に対しては、その意向を尊重しつつ、次に掲げる支援を行うものとする。」と規定された。その上で「修学支援」「就労支援」とともに「福祉的支援」も社会復帰支援の一環であり、少年院の業務であると明確に位置づけられている。従前は、在院期間中を中心に少年に対し矯正教育を行うことを主としていたが、現在は出院後の生活を想定し、在院中から地域社会と連携することが掲げられるようになった。その一翼を担う社会福祉士、精神保健福祉士等の国家資格を有する福祉専門職は令和 5 年 6 月現在、常勤職員である福祉専門官 14 名、非常勤の社会福祉士 25 名、精神保健福祉士 2 名、うち全国に 9 庁ある女子少年院においては福祉専門官 1 名、非常勤社会福祉士が 3 名となっている。在院者が少なくなっているとはいえ、一人一人が抱える問題は複雑化しており、より様々な機関との連携が求められるようになったものの、女子少年は特に特殊事例として扱われることが多く、その支援について情報共有できる場も、議論される場も少ないと感じている。

本発表においては、女子少年院における社会福祉士の役割についてサンプルケースの紹介を通じて行い、女子少年に特化した社会復帰の際の困難さと課題について検討したいと考える。

倫理的配慮：事例については対象者へ同意を得ることが困難であるため、類似の事例を併せ、サンプルケースとする。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

福祉に関する委員会セミナー 「障害児福祉：現在の制度における課題」

障害者手帳の制度における課題

辻本 哲士

滋賀県立精神保健福祉センター

厚生労働省は障害者を総数 64.7 万人、3 区分として精神障害者 419.3 万人、知的障害者（児）109.4 万人、身体障害者（児）436.0 万人と推計している。障害者手帳は精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、身体障害者手帳の 3 種の手帳を総称した一般的な呼称であり、福祉行政報告例による所持者は精神障害者保健福祉手帳 126.3 万人、療育手帳 121.3 万人、身体障害者手帳 491.0 万人となっている。いずれの手帳を持っていても障害者総合支援法の対象となり、様々な支援を受けられる。3 手帳とも市町村が受け付け窓口になり、都道府県知事、指定都市の市長（療育手帳と身体障害者手帳については中核市によっては市長）が交付主体となっている。実際の運用に関して根拠法律等はそれぞれ異なり、精神障害者保健福祉手帳は精神保健福祉法、療育手帳は療育手帳制度として厚生事務次官通知（各自治体において要綱を定めて運用）、身体障害者手帳は身体障害者福祉法とし、交付手続きや審査の流れ、サービス内容等にも違いがある。

精神障害者保健福祉手帳は、精神障害者の自立と社会参加の促進を図るための様々な支援を受けるために使われ、一定程度の精神障害の状態にあると認定される。全国の都道府県・指定市の精神保健福祉センターが判定業務を行っている。医師の診断書が必須（精神障害に係る初診日から 6 か月を経過した日以後）で、交付は精神疾患の状態と能力障害の状態の両面から総合的に判断される。1 級から 3 級までの等級があり、2 年ごと更新される。

療育手帳は、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス：各自治体や民間事業者が提供するサービス等に利用される。全国の児童相談所又は知的障害者更生相談所において、知的障害があると判定されれば交付される。根拠法律がないので、各自治体において判定基準等の運用方法が定めてられている。知的障害であるために医師の診断も必須ではなく、再判定の時期や書面審査のありかたも自治体ごとに違いがある。

滋賀県立精神保健福祉センターは、精神保健福祉センターとして精神障害者保健福祉手帳業務、併設している知的障害者更生相談所で療育手帳業務を行っており、それぞれあるいは両方の手帳・制度を比較・検討できる立場にある。両手帳に共通している課題として、そもそもの制度・サービスの違い、自治体格差（転居時に等級の変更の可能性、支援の制度やサービス、機関の違い）、全国で統一したマニュアルがない、障害年金支給基準との兼ね合い、発達障害の適応、両手帳の重複等がある。

委員会セミナーにて障害者手帳の制度における課題を整理し、今後の運用等に役立てたい。

倫理的配慮：

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

福祉に関する委員会セミナー 「障害児福祉：現在の制度における課題」

わが国における「知的障害」の定義をめぐる課題

辻井 正次

中京大学

今回のシンポジウムでは、わが国の「知的障害」の定義をめぐる課題と、国際的な知的発達症の診断基準の変遷を踏まえ、「療育手帳」の判定基準の全国統一化に向けて取り組んでいる厚労科研辻井班の現在の進行状況を報告し、実際に全国で共通に活用可能で、短時間で実施できる知的機能と適応行動の両方を把握するアセスメントツール（ABIT）の開発状況を共有する。

わが国の「療育手帳」において、知的障害者福祉法では「知的障害」の定義をしておらず、全国の各都道府県ごとに独自に運用する形で「療育手帳」が出されている。各自治体ごとに、さまざまな諸制度に紐付けされ、知的障害のある人が転居すると、受けられるサービスが異なったり、そもそも「療育手帳」の判定基準も各都道府県で異なるために、手帳が取得できなくなるような事態も生じている。

一方で、国際的な「知的障害」（知的発達症）の診断基準の捉えなおしが行われており、知能検査による知能指数（IQ）だけではなく、適応行動による評価の重要性が認められ、標準化された知能検査と適応行動尺度による偏差指数の算出できるツールの使用を推奨するようになっている。現状、わが国の「療育手帳」判定において、十分に偏差指数の算出できる適応行動尺度を用いている自治体は少なく、国際的な診断枠組みと「療育手帳」との間に大きな乖離が生じている。判定現場からは、手帳判定に関わる時間やツールの研修などのマンパワーの問題、検査用紙の経済的負担の問題などが挙げられた。

こうした現状を受け、厚労科研辻井班では、令和2-3年度の研究で現状の「療育手帳」判定をめぐる実態を、特に用いられているツールの関連などに関して明らかにし、その後、令和4-6年の研究班において、実際に療育手帳判定に用いられる、短時間で実施できる知的機能と適応行動を測定する検査ツール（ABIT）を開発し、現在、標準化を進めている。

今回のシンポジウムでは、こうした話題を提供し、「療育手帳」判定に関しての議論を深めたいと考えている。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

福祉に関する委員会セミナー 「障害児福祉：現在の制度における課題」

障害児のいる家庭への経済的支援に関する制度の課題

本田 秀夫

信州大学医学部子どものこころの発達医学教室、信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部、長野県発達障がい情報・支援センター

障害児者への経済的支援には、①生活の基礎部分の衣食住への充ちや医療の利用しやすさ、②生きづらさと向き合うきっかけ、③生きづらさと折り合いをつけた働き方や暮らし方の構築、という意義がある（青木，2022）。経済的支援は所得保障と出費の軽減に大別され、前者では成人を対象とした障害年金および特別障害者手当、児童を対象とした特別児童扶養手当および障害児福祉手当が、後者では自立支援医療や自治体による医療費助成、障害児者を対象とした福祉サービス利用の自治体負担、交通運賃やテーマパーク入場料の割引などが挙げられる。

経済的支援の制度に関する課題として、制度が一元化されていないことによる手続きの難解さと煩雑さが挙げられる。障害年金や各種手当には、それぞれ固有の診断書があり、障害者手帳を取得するための手続きだけでは不十分である。手帳の取得や年金／手当の受給を希望する場合、それぞれに別個の診断書への記載を主治医に依頼し、手続きをしなければならない。取得／受給開始後も、それぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫する事態になる。

障害種別による手帳の等級の設定や年金／手当の等級の設定にどの程度の対応や一貫性があるかが不明であることも課題と思われる。いずれも障害児者の自立や社会参加の促進を目的としており、自立や社会参加を阻む要因として日常生活の支障を想定しているところは共通している。しかし、さまざまな精神症状や知的水準によって日常生活にどの程度の支障が出るのかは十分なエビデンスがあるわけではないため、主治医による総合判断に委ねざるを得ない。さらに子どもの場合は本人の自立よりも養育者の育児負担増大に対する支援の側面が主となるが、養育者の育児負担とその子どもの成人期における日常生活の支障にどの程度の一貫性があるのかも十分に調べられてはいない。

障害年金以外の手帳および手当の認定審査は都道府県・政令指定都市ごとに行われているが、その認定に地域格差がある可能性も指摘される。演者らが令和2年度に行った全国調査で40の自治体から得られたデータでは、認定率（1級または2級と判定される比率）は33.6%から100%の範囲であり、大きなばらつきがあった。

このような課題への対策の一環として、演者らは厚生労働科学研究において特別児童扶養手当および障害児福祉手当の認定診断書（精神障害・知的障害用）の改定案およびその判定ガイドラインの作成を進めているところである。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

福祉に関する委員会セミナー 「障害児福祉：現在の制度における課題」

障害児支援サービス制度の課題

内山 登紀夫

福島学院大学

障害児通所支援の背景

平成 24 年 4 月の改正児童福祉法の施行により児童発達支援や放課後等デイサービス等が創設された。その後、約 10 年で児童発達支援センター、児童発達支援（センター以外）や放課後等デイサービスの事業所数が増加し、身近な地域で障害児通所支援を受けることができる環境が広がってきた。児童発達支援の事業所は H24 年には 2,106 箇所であったが、R3 年には 8,995 箇所、放課後等デイサービスの事業所は 2,887 箇所から 17,298 箇所と大幅に増加している。令和元年度の障害児通所支援の利用者は 34 万 5 千人で平成 24 年度と比較して 3 倍にふえている。対象は発達障害、知的障害、身体障害などのすべての障害児であるが、自閉スペクトラム症や知的障害の子どもの割合が多い。

その運営主体は株式会社、NPO 法人、社会福祉法人などである。サービス内容についてのガイドラインの必要性が論議され 2015 年に「放課後等デイサービスガイドライン」、2017 年に「児童発達支援ガイドライン」が策定され、拘束力はないものの一定の影響力があり、多くの事業所が参考にしているようである。

障害児支援サービスの目的

ニューロダイバーシティ（神経多様性）が話題になることが増え、発達障害についても「多様性」の一つの表現であり、「普通」に近づける支援ではなく、社会モデルを適用し、子どもの障害特性や適応行動をアセスメントして合理的調整を行うことが支援であることが強調されつつある。

また、こども家庭庁がかかげるこども政策の基本理念の一つが「全てのこどもの健やかな成長 Well-being の向上」とされている。それは「障害児」であっても同様のはずである。

一方、現行の児童発達支援ガイドラインの本人支援では「この「本人支援」の大きな目標は、障害のある子どもが、将来、日常生活や社会生活を円滑に営めるようにするものである」とされている。さらに「改善」とか「スキルの獲得」「向上」「発達を促す」「関わりを広げる」といった文言が多用されており、「普通に近づける」支援が推奨されているようにも受け取れる。

現在の障害児サービス制度の課題

急速なサービス量の拡大に、支援の質が追いついていないのが現状であろう。「現場」においても不適切な支援がなされていることが少なくない。その理由の一つは支援の方法に障害特性を考慮していない支援がされていることである。児童発達支援管理者などの研修でも障害特性は軽視されている。また事業所の支援の質を評価するシステムが機能していないこと、保護者が事業所を選択する際の情報の乏しさ、障害児の支援ニーズを適切に評価し障害児サービスの受給決定を行うシステムの不明確さなどがあげられる。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

教育に関する委員会セミナー

学校でのメンタルヘルスへのアプローチ ～どう理解し、伝えるか～

子どものこころの問題に影響する個人および環境要因に関する学校での調査実施について

○西村 倫子^{1・2}、和久田 学^{1・2}、大須賀 優子^{1・2}、津久井 伸明^{1・2}、足立 匡基^{2・3}、高橋 芳雄^{2・4}、諏訪 利明^{2・5}、片山 泰一^{2・6}

1. 浜松医科大学子どもこころの発達研究センター、2. 公益社団法人子ども発達科学研究所、3. 明治学院大学心理学部心理学科、4. 東北大学スマート・エイジング学際重点研究センター、5. 川崎医療福祉大学、6. 大阪大学大学院連合小児発達学研究科

学校現場におけるいじめや不登校等の問題は、教育関係者のみならず、子どもこころに携わる研究者にとっても喫緊の課題である。このような課題に対処すべく、2015年には、教育関係者と研究者が連携体制を構築し、「子どもみんなプロジェクト」が発足した。大阪大学を基幹として、武庫川女子大学、金沢大学、浜松医科大学、千葉大学、福井大学、弘前大学、中京大学、鳥取大学、兵庫教育大学の10大学コンソーシアムが結成され、各大学と連携する教育委員会により様々な取り組みが実施されてきた。その中でも、学校におけるこころの問題のスクリーニング調査、およびこころの問題に対処するための支援・介入プログラムの実施が二本の柱となってきた。

浜松市に拠点をもつ公益社団法人子ども発達科学研究所と浜松医科大学におけるスクリーニング調査の取り組みでは、特に、子ども個人の要因だけでなく、子どもを取りまく環境要因に着目してきた。学校生活の特徴や質である学校風土 (school climate) が良いことは、いじめなどの問題を未然に防止し、また学業成績を向上させることがこれまでの研究から分かっている。そのため、学校風土を計測し、改善することは、教育現場で取り組みやすく、またすべての子どもに対してのいじめ・不登校予防策として有効であると考えた。

我々はまず、学校風土を計測するための尺度を開発し、いじめや不登校と学校風土の関連を調査した。尺度は学校生活における安全や学習に関すること、教師と生徒、生徒同士の関係性等の項目を含む32項目で構成された。そして、その得点が高いほどいじめ被害や欠席日数が少ないことを明らかにした。また、いじめ被害経験がある、もしくはいじめ被害と加害の両方の経験がある児童生徒では、学校風土を低く評価することも特定した。

2020年初頭、COVID-19パンデミックによる学校の一斉休業が実施され、子どものメンタルヘルスの影響が懸念された。我々は、弘前大学により実施されてきたスクリーニング調査を参考に、2020年から3年間にわたり、学校風土項目を含むメンタルヘルスのスクリーニング調査を実施した。その結果、学校の一斉休業直後には明らかなメンタルヘルスの悪化はみられなかったものの、2年目、3年目には、特に中学生の女子を中心に抑うつ・不安傾向の増加がみられた。

このようなスクリーニング調査の実施を通して、我々は、日々の体調や生活リズム、気もちの変化をデータとして取得し、チェックしていくことが、メンタルヘルス悪化の予防にとって重要であることを認識した。そこで吹田市教育委員会の協力を得て、GIGAスクール構想によって実現された一人一台端末を用いて、毎日の健康観察をアプリ上で入力してもらい仕組みを導入した。そして入力されたデータを用いて、不調の訴えの多さが後の抑うつ・不安傾向を予測することを明らかにした。本発表では、これらの取り組みを紹介し、今後の課題について検討する。

倫理的配慮：本研究は浜松医科大学および弘前大学の倫理委員会の承認を得て実施された。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

教育に関する委員会セミナー

学校でのメンタルヘルスへのアプローチ ～どう理解し、伝えるか～

学校ベースのメンタルヘルス調査におけるフィードバックの活用

新川 広樹

弘前大学教育学部

本話題提供では、学校をベースとしたメンタルヘルス調査におけるフィードバックの活用方法とその具体的事例について報告する。欧米においては、スクールサイコジストを中心として、School-based Mental Health Screening と呼ばれる、学校精神保健のニーズの同定を目的としたスクリーニングシステムが導入されつつある。階層的支援モデルの枠組みの中で用いられているこのシステムは、精神障害に関する診断ベースでのアセスメント項目のみ扱うのではなく、1層支援、2層支援、3層支援のそれぞれの文脈においてターゲットとなる心理社会的指標のデータを幅広く収集することをコンセプトとしている。しかしながら、本邦の学校現場においては、ソーシャルスキルやソーシャルサポートなどの保護要因を取り上げたアセスメントツールは数多く存在するものの、それらのデータの活用方針についてはコンセンサスが得られていない。加えて、スクリーニングシステムの導入に対して、現場の教員からさまざまな懸念が寄せられることも予想され、社会実装に向けた障壁が数多く存在するのが実情といえる。

そこで本発表では、話題提供者が地方自治体と共同で実施している学校ベースのメンタルヘルス調査事業について紹介し、その際の調査項目の選定におけるポイントやフィードバック上の留意点などを取り上げていく。また、これらの取り組みを通して得られたデータが、ハイリスクの子どもを特定するだけでなく、普段の学級集団・学校環境における教育活動を捉え直す上でどのような機能を果たすかについて、その活用事例とともに可能性を探っていく。当日のディスカッションでは、このようなスクリーニングシステムを学校現場に導入するにあたり、社会実装に向けた障壁をどのように克服していくべきかについて、現実的な問題を踏まえて議論を深めていきたい。

倫理的配慮：本話題提供内で紹介する研究については、いずれも弘前大学大学院医学研究科倫理委員会の承認を得ている。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

教育に関する委員会セミナー

学校でのメンタルヘルスへのアプローチ ～どう理解し、伝えるか～

高校保健体育の学習指導要領に精神疾患が位置付けられた経緯と具体的な内容について

横嶋 剛

文部科学省

“平成 28 年 12 月の中央教育審議会答申「幼稚園、小学校、中学校、高等学校及び特別支援学校の学習指導要領の改善及び必要な方策について」（以下、中教審答申という）を踏まえ、学習指導要領が改訂、公示され、小学校では 2020 年度、中学校では 2021 年度から全面的に実施、高等学校では 2022 年度から年次進行で実施されている。中教審答申では、保健の学習において、健康・安全についての総合的な「知識・技能」、「思考力・判断力・表現力等」「学びに向かう力・人間性等」の育成を重視する観点から、少子高齢化や疾病構造の変化による現代的な健康課題の解決に関わる内容や、一次予防のみならず、二次予防や三次予防に関する内容を改善するとともに、人々の健康を支える環境づくりに関する内容の充実を図ることなどが求められた。今回の学習指導要領の改訂により、小中高等学校それぞれにおいて心の健康に関する内容が充実された。新学習指導要領の小学校体育科保健領域における「心の健康」の内容については、不安や悩みへの対処には、大人や友達に相談する、仲間と遊ぶ、運動をするなどいろいろな方法があること、また、中学校保健体育科体育分野における「欲求やストレスへの対処」の内容として、精神と身体は、相互に影響を与え、関わっていること。欲求やストレスは、心身に影響を与えることがあること。また、心の健康を保つには、欲求やストレスに適切に対処する必要があることが位置付けられている。これらの学習内容を踏まえて、高等学校においては、「精神疾患の予防と回復」が新たに位置付けられ、運動、食事、休養及び睡眠の調和のとれた生活を実践するとともに、心身の不調に気付くことが重要であること。また、疾病の早期発見及び社会的な対策が必要であることなどについて学習することとなった。

令和 4 年度より、学習指導要領に基づき全ての校種において、心の健康・精神疾患に関する授業が実施されているが、これらの授業が効果的に推進され、子供たちの生涯を通じる健康につながることを望まれる。

倫理的配慮：匿名性の担保や倫理委員会の承認は不要の内容である。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

倫理委員会セミナー 「改正精神保健福祉法の倫理的課題」

児童精神科入院治療における倫理的課題（架空事例を通して）

庄 紀子

神奈川県立こども医療センター 児童思春期精神科

【はじめに】

令和5年3月まで、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律上、親権者が反対する場合には、親権者以外の家族等が入院治療を希望したとしても、医療ネグレクトとして親権停止の審判を申し立てる以外の方法では子どもの医療保護入院はできず、これは児童青年精神科入院治療における大きな課題であった。

患者の虐待者は医療保護入院の同意者になれないという令和5年4月の同法改正は、一部の患者にとって福音になると期待された。しかし、既に様々な問題が生じて現場は混乱している。本発表では、架空事例を通して同法改正の倫理的課題について検討する。

【架空事例①】

家庭内暴力がある自閉スペクトラム症の小学生男児

標準知能であり、小学校は普通級に在籍していた。小学4年から不登校になり、昼夜逆転、ゲーム依存傾向の生活をした。父母が離婚し、母・祖母との3人暮らしであったが、母は本人の能力以上の活動を求め、暴力をふるうこともあり、本人は激しく暴れた。医療保護入院に際して、家族の了承のもと児童相談所（以下児相）に確認すると、虐待とされており、母を同意者とした医療保護入院とした。入院後、あらためて母の対応は虐待であると判断し、児童福祉施設入所を目指す方針となった。しかし、医療機関から児相に虐待通告をした時点で、同意者は母以外の家族に変更する必要があり、祖母は同意者にならない意向を示したため、状況が膠着した。

【架空事例②】

児童養護施設で情動不安定が続いた小学生女児

母は未婚で出産し、身体的虐待およびネグレクトのため本人は児童福祉施設で育った。幼少時から激しい興奮や不眠が続き、小学6年から自傷行為や自殺企図が頻回になった。不定期に面会していた母が同意者になり、令和4年度に医療保護入院をした。令和5年度の法改正により同意者の変更が必要と考えられたが、同意者の変更を機に母の面会が途切れることが危惧された。また、本人と面識がない成人の異父姉を同意者とすることが適切であるかどうかの判断が難しかった。

【考察】

虐待者である親権者は医療保護入院の同意者となれないものの、その監護権から患者の医療についての同意者であるため、親権者の同意なくして入院治療は成立しない。子どもである患者の情緒の安定や精神症状の改善のためには、親権者と子ども、および親権者と治療者・関係者との関係を出来る限り良好に維持することも重要である。虐待者でありつつも入院治療に同意している親権者が同意者になれないことで、これまで以上に難しい対応や判断を迫られる場合が増えたと感じる。

倫理的配慮：架空事例の提示であり、個人情報を含まない。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

倫理委員会セミナー 「改正精神保健福祉法の倫理的課題」

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正に伴い児童精神科入院治療の現場で起きていること—全国児童青年精神科医療施設協議会による、親が虐待者である場合の医療保護入院に関する実態調査から—

中西 大介

三重県立子ども心身発達医療センター

【目的】

令和5年4月より、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）が一部改正され、医療保護入院の際に同意が必要な「家族等」から、虐待を行った者が除かれ、虐待を行った者以外の家族等（他の家族がない場合には市町村長）に、医療保護入院の同意を求めることが必要となった。

法改正後まもなく、その運用にあたり複数の医療機関から混乱が生じているという声が聞かれるようになった。

そこで、児童思春期精神科病棟を持つ医療機関により組織されている全国児童青年精神科医療施設協議会（以下、全児協）では、正会員施設を対象としたアンケート調査を実施し実態把握を行った。

本発表では、全児協の調査から、法改正に伴い入院治療の現場で起きている実態について報告し、法改正をふまえた適切な入院治療の実施や課題について検討したい。

【方法】

対象施設：全児協正会員 38 施設

対象期間：令和5年4月～6月

調査項目：18歳未満の子どもが入院する病棟で医療保護入院となった際に親が虐待を行っていたと思われたケースについて、「対応経験の有無」「その場合、誰が同意者となったか」「問題となったこと」「良かったこと」「今後懸念されること」について調査。

なお、調査はWebによるアンケート形式で実施。本調査で得られた結果については、日本児童青年精神医学会とも共有し議論することとし、回答は任意とした。

【結果】

38施設中22施設より回答を得た。うち14施設で、医療保護入院を実施した際に親が虐待を行っていたと思われたケースに対応した経験があり、延べ38人であった。その際、同意者となった者は、虐待した親の配偶者13人、祖父母6人、その他の家族2人、市町村長9人、その他8人であった。また、対応に困ったこととして、虐待歴はあるが、現在は虐待を認めない親を同意者とするかについて、自治体によって対応が異なること、関係諸機関で法改正が周知されておらず、円滑な入院治療導入が困難であったこと、医療保護入院の同意者になれないものの、その他の医療行為で親の同意を得るのに難渋したこと、などが報告された。良かったこととして、市町村長同意による適切な入院治療導入、虐待者である親と子どもの治療構造の分離などがあげられた。今後、懸念されることは、虐待を行っていた親との治療関係の構築、法の適正運用に関する諸々の判断、関係機関との連携、入院費を誰が負担するかなど多岐に渡った。

【考察】

改正精神保健福祉法の運用にあたり、児童精神科入院治療の現場で混乱が生じている実態が明らかとなった。その混乱は、実務的なものから倫理的課題を含むものまで多岐に渡ると考えられる。児童精神科入院治療では、子どもの治療だけでなく、虐待者である親とも適切な治療関係を構築し、多機関と連携しながら家族システムに介入することが求められる。分離の先にある統合を見据え、適切な法運用がなされることが重要となる。

倫理的配慮：全児協正会員施設を対象とした任意アンケートによる実態調査であり、個人情報は一切含まれず、また、個別の施設特定につながる文言については、主旨を損なわない範囲で改変した。以上より、倫理的配慮は生じない。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

倫理委員会セミナー 「改正精神保健福祉法の倫理的課題」

児童相談所における精神保健福祉法改正に伴う現状と課題

小平 かやの

東京都児童相談センター

児童相談所（以下、児相）における虐待相談対応件数は、令和3年に年間20万件を超え、この10年間で3倍以上と増加の一途を辿っている。虐待を受けた子どもは、様々な逆境体験により、感情統制困難や、対人スキルの課題を抱え、一時保護所や施設など生活の場で、暴言暴力や自傷など行動化が激しい事例も多く、入院加療を含めた児童精神科医療との連携は、虐待事例の支援体制の重要課題となっている。

これまでの児童虐待防止法及び児童福祉法の改正に伴い、児相は、児童虐待に対する介入機能として、ケースマネジメントに加え、精神医学的診断や心理学的評価、法的側面など、多角的な専門性が求められるようになると共に、「介入」だけでなく、同一機関で親子への「支援」も担うという難題に直面している。虐待事例の親子は、親子共に、トラウマ関連症状やアタッチメントの課題を有する事例も少なくなく、その支援には、医療と福祉が連携した治療的介入の視点が必要となる。

一時保護委託としての児童精神科入院の場合、医療保護入院は、精神保健福祉法に基づく保護者の同意が必要になるのに対し、一時保護は、児童福祉法第33条に基づき、子どもの安全確保が必要とされた場合に実施される行政処分であるため、精神科医療もしくは児童福祉のどちらの側面から捉えるかにより、依拠する法律が異なることも、これまでの問題点として挙げられてきた。従来、医療保護入院で親権者の同意が得られない場合に検討されてきた親権停止や保全処分は、現実的には、法的な手続きなどに時間がかかる場合があり、一時保護所や施設で、子どもの自傷他害が繰り返されているなど、時間的猶予がない事例では、関係者がそれぞれの現場で、対応に苦慮してきた。実際には、医療機関が養育者に精神医学的アセスメントに基づく子どもの状態像を適時説明してもらいながら、併行して児相は、親権者に粘り強く医療の必要性を伝えつつ、法的対応も視野に入れて、次の対応策を検討するなど、医療と福祉の緊密な連携を模索してきたのが現状であった。

今回の精神福祉法改正で、児童虐待の加害者は、医療保護入院の同意者になれないと定められたことで、市町村長同意による速やかな入院導入など利点もあるが、入院後の服薬を含めた医療行為に対する同意の問題など、ケースワークの「支援」を担う児相にとっても、様々な課題が想定されている。

本発表では、児相の立場から見た精神保健福祉法改正に伴う現状を報告し、今後の医療と福祉の連携における課題について、検討したい。

倫理的配慮 提示する症例は架空のものであり、個人情報を含まない。

利益相反 演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはない。

災害対策委員会セミナー COVID-19 禍における子どもの育ち—現場からの声—

COVID-19 禍における子どもの育ち—児童精神科の立場から—

榎屋 二郎

東京医科大学精神医学分野／東京医科大学病院こどものこころ診療部門

2011年の東日本大震災の発生から12年が経過するが、現在でも激甚被災地で甚大な被害のあった地域での影響が認められる。我々は2015年から「みちのくこどもコホート」として縦断的に、東日本大震災後に岩手・宮城・福島の3県の沿岸被災地で生誕した子ども達を対象に、ハイリスクな状態にある子どもやその家庭を把握し、積極的に治療的介入を提供してきた。当初、子ども達の認知発達と母親のメンタルヘルスにおいて、深刻な状況を窺知することが出来た。本研究実施後、特に子ども達の認知発達は良好な改善を認めつつあった中で、コホート調査開始後5年目(東日本大震災後9年目)にあたる2020年に新型コロナウイルス感染症の全国的なパンデミックが発生した。新型コロナウイルス感染症パンデミックでは日本でも学校休校が相次ぎ、いわゆる「ステイホーム」や「ソーシャルディスタンスの確保」が長期化したことによる子ども達への影響が種々の調査研究で指摘されるようになっている。実際に臨床現場では不登校、ゲーム・ネット依存、睡眠障害、自殺、自傷、摂食障害などの様々な病態が増加しており、DVや虐待、いじめの増加も著明になっている。長期化するパンデミックが災害に相当する心理的影響を与えていることは容易に想像でき、その指摘もされている。これは長期反復する逆境体験、トラウマ体験とも換言でき、Ⅱ型やⅢ型のトラウマとも考えられよう。とすれば、その影響は子ども達に長期に渡る負の影響を及ぼす可能性が有る。

東日本大震災の被災当時、乳児や幼い子どもだった者も、この十数年の間に個々の精神発達を遂げてきている。背景には、大地震や津波に遭ったという衝撃的な体験にとどまらず、愛着対象の死や別離、家や目の前の景色の崩壊を目撃すること、それらに伴う家族の悲しみや苦しみを感じ続けるという体験もある。また、住みなれた地域からの避難による転居・転校を余儀なくされることも少なくなく、発達過程では重要な仲間関係においても予期せぬ別離を経験してきたし、転居が複数回に及ぶことも稀ではなく、移り住んだ土地に慣れたり慣れなかつたりするというように、さまざまな苦難を場合によってはいくつも経験している。その中で生じた新型コロナウイルス感染症のパンデミック、この新たな災禍と呼べる状況を総説する。

倫理的配慮：既存論文を用いた総説的発表のため、倫理委員会等の審査は省略しています。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

災害対策委員会セミナー COVID-19 禍における子どもの育ち—現場からの声—

コロナ禍における周産期医療、保育所の現場から ～総合病院精神科医の立場として～

柴田 真理子

兵庫県立尼崎総合医療センター精神科

【目的】2019 年末からの新型コロナウイルス感染症による数々の制限が、子どもたちを育てていく妊産婦や就学前の子どもたちにどのような影響を与えていたのか、明らかにすることである。

【方法】2019 年度から 2022 年度までの 4 年間に、兵庫県立尼崎総合医療センター産婦人科から精神科へ診察依頼があった妊産婦の動向調査、および同院産婦人科病棟助産師 50 人へのヒアリング、アンケート調査を行った。また、演者が障害児相談に向いている大阪府松原市立保育所に勤務する保育士 28 人へも同様のヒアリング、アンケート調査を行った。

【結果】コロナ禍の始まる前を含む 2019 年度に比し、2022 年度までの 3 年間は、いずれも精神科への妊産婦の診察依頼は増加しており、特に適応障害の妊産婦や、不安神経症、パニック障害等の神経症圏の診断名のついた妊産婦の増加が顕著であった。助産師へのアンケート結果からは、全員が妊産婦の不安が増大したとの回答が得られた。保育士のアンケート結果からは、全員がコロナ禍のマスク着用が言葉の発達に影響を与えたとの意見が得られた。また言葉の発達への影響だけでなく子どもたちの口元への注目が減り、咀嚼への影響を憂慮する意見も聞かれた。新型コロナウイルス感染の 5 類移行により保育所内でのマスク着用がなくなると、たちまち子どもたちの言葉の発達や咀嚼の機能向上が見られ、口元への注目や視覚認知も発達に影響があることが分かったなどの意見も得られた。

【考察】産前の母親教室や産後の育児相談、子育てサークルなども中止となり、オンライン開催や個別相談の形となったことによる妊産婦の孤立と相談先の減少が、不安増大の大きな要因と考えられた。立ち合い出産や入院中の家族の面会が全面禁止となったことも不安増大の要因と考えられた。入院中、兄弟姉妹の上の子どもに会えないことでの不安を訴える妊産婦も多かった。元々不安が高い妊産婦や、精神疾患を抱えている妊産婦、また発達の弱みを抱える子供たち、家庭機能の脆弱な子どもたちが、よりコロナ禍で影響を受けていた。家族の力を借りられず、不安になる妊産婦を見守る助産師の不安も増大したが、援助者である医療者の不安が妊産婦に投影されないよう最大限努力していた。同様に保育者も自身の不安が子どもたちに投影されないよう注意しており、現場は違えど、対人援助職としての心構えは同じであった。

倫理的配慮：匿名性を保つことや本人に同意を得た。倫理委員会の承認を得た。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

災害対策委員会セミナー COVID-19 禍における子どもの育ちー現場からの声ー

新型コロナと子どもの育ち～“コロナ禍”で見えてきた課題に対する取り組み報告～

遠藤 香菜子

仙台市宮城野区保健福祉センター

【目的】

仙台市の母子保健行政は、新型コロナウイルス感染症の発症が国内で確認されてから現在までの間、感染拡大防止のための試行錯誤を繰り返し、ときに事業の中止や縮小、制限を行いながら流行期を乗り越えてきた。

コロナ禍での生活は、人々の交流の在り方を変え、育児にも影響を与えていると感じたため、現状の把握や課題の整理を行うことを目的とした取り組みを「宮城野区子どもの頃からの健康づくり事業」において行った。

今回は、その中から見えてきたコロナ禍での子どもの様子の変化と子育ての現状、それに対する取り組みについて報告する。

【方法】

子どもの様子の変化としては、健康への影響について、幼児健康診査（1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査）の結果から、肥満度の経年変化を活用し分析した。

また、子育ての現状については、宮城野区保健福祉センター家庭健康課の職員それぞれが業務の中で得た気づきや、地域の子育て機関から聞き取った声を拾い出し、課題を整理した上で取り組みの方向性について可視化した。また可視化した内容を踏まえ、ポピュレーションアプローチの展開について検討した。

【結果】

肥満度の経年変化から、肥満度15%以上の者が、1歳6か月児健康診査では令和元年度が2.9%、令和3年度が6.9%であり、4ポイント上昇していた。3歳児健康診査では、令和元年度が3.3%、令和3年度は6.4%であり、3.1ポイント上昇していた。

子育ての現状については、「宮城野区子どもの頃からの健康づくり事業」の検討会議において「交流の機会の減少」「育児のしづらさ」「生活リズムの乱れ」「メディアに頼りがちな育児」「育児の孤立」「身体を動かす機会の減少」が課題として挙げられた。

上記に対する取り組みとして、地域の子育て関係者との課題共有が必要であると考え、課題整理した内容を図式化し、児童館職員や主任児童委員といった関係機関と現状の共有を図った。また、支援者を対象とした子育て支援者交流会において、メディアの利用に関する話題提供を行った。市民を対象にした取り組みとしては、メディアの利用に関するチラシの配布や、動画配信を活用した情報発信を行なった。

【考察】

コロナ禍での行動制限や自粛生活による交流の機会の減少が、子どもの育ちにも影響を与えている可能性が示唆された。今後も「子育て世帯の孤立」「肥満の増加」「メディアに頼りがちな育児」といったことに注目し、課題解決のために地域の子育て関係機関との連携を強化していきたい。

倫理的配慮：本報告公表について所属長の承認を得た。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

災害対策委員会セミナー COVID-19 禍における子どもの育ち—現場からの声—

COVID-19 禍における岩手県の子どもの様子—教育の現場から

三浦 光子

岩手医科大学いわてこどもケアセンター

【目的】

東日本大震災津波（2011 年）発災後、岩手県教育委員会は子どもの心のケアの教育の取り組みとして「心とからだの健康観察」と「心のサポート授業」を行ってきた。個の取り組みは現在も継続している。「心とからだの健康観察」は、子どものストレス反応・トラウマ反応をはかる自記式のアンケートであり、得点が高い児童生徒を”要サポート児童生徒”といい、教師による行動観察、必要に応じてスクールカウンセラーによる面接、重症な場合は医療への受診をすすめるものである。今回は、2011 年から 2022 年まで実施された「心とからだの健康観察」における児童生徒の要サポート率の推移と岩手県内陸部と沿岸被災地の比較、COVID-19 による影響について、岩手県教育委員会が公表するデータをもとに報告し、大規模自然災害とその後のストレス（COVID-19）との関連について考察する。

【方法】

「心とからだの健康観察」は、岩手県教育委員会が 2011 年～2023 年にかけて毎年 1 回、全県公立小・中・高等・特別支援学校の児童生徒を対象に実施している。実施率（学校数）は 98%を超え、2022 年までの結果が公表されている。

【結果】

2011 年は内陸部の子どもも含めて全県・全校種において、ストレス反応・トラウマ反応が高い児童生徒（要サポート）の割合が高かった。内陸部と沿岸被災地との比較では、沿岸被災地の要サポート率は、内陸部よりも常に高い数値で現在も推移している。COVID-19 による影響として、2020 年のコロナ禍が始まった年から 2022 年まで、それまで減少傾向にあった要サポート率が全県で上昇に転じた。特に沿岸被災地上昇率は、内陸部よりも高かった。校種では、中学生の COVID-19 による影響が大きく、内陸部は東日本大震災発災の年と同程度、沿岸被災地はそれを超える要サポート率となった。また、東日本大震災後と COVID-19 禍の両方で最も反応を訴えたのは小学校 2 年生であった。学年による推移として、中学生が一時的に要サポート率が上昇する傾向が発達段階の特徴として見られた。

【考察】

岩手県の沿岸被災地では、現在も東日本大震災による影響があり、10 年後に発生した COVID-19 に対しても、内陸部の子どもよりもストレスへの脆弱性が見られた。また、小学校 2 年生はストレスに対する反応が強く表れる傾向があり、中学生は COVID-19 は大きな影響があったと考えられる。このことから、大規模自然災害後、被災地では子どものメンタルヘルスへの影響が長期間続く傾向があり、次の大きなストレスによる影響も大きく不登校、不適応、問題行動、自傷・自殺企図などに移行しやすいと考えられる。このことから、大規模自然災害では、より長期の子どもの心の支援が重要であると考えられる。また、学年による反応や影響の違いを考慮し、発達段階に応じた学校での子どもの心の支援や心理教育プログラムが必要と考えられる。

倫理的配慮：岩手県教育委員会の公表データの報告・考察であり、個別の事例を発表するものではありません。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

国際学会連絡・国際交流資金運営委員会セミナー

Current Status and Countermeasures for Child Suicide from the perspectives of each country

Population-attributable risk of psychiatric disorders for suicide among adolescents and young adults in Taiwan

Yi-An Hung

Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital and National Taiwan University College of Medicine

Background: Despite the implementation of numerous suicide prevention strategies, several countries have witnessed a significant rise in youth suicide rates. In Taiwan, suicide continues to rank among the top five leading causes of death in the youth population, constituting approximately 7% of total mortality in the 0-24 age group. From 2010 to 2019, the suicide rate in this age group has surged by 77%, increasing from 2.6 per 100,000 to 4.6 per 100,000. Given the gravity of the situation, research focusing on youth suicide holds paramount importance for suicide prevention. The population-attributable fraction (PAF) serves as an estimation of the proportion of a specific disease within a population that could have been prevented in the absence of exposure. In this study, we aimed to estimate the PAF associated with psychiatric disorders in relation to suicide among Taiwanese youth aged 10-24 years, with further exploration in distinct sex and age subgroups.

Methods: Data were obtained from the National Death Registry and National Health Insurance (NHI) claims database between 2007 and 2019. Youth who died by suicide were included, and comparisons, 1:10 matched by age and sex, were randomly selected from the Registry for NHI beneficiaries. We used multivariable logistic regression to estimate suicide odds ratios for psychiatric disorders. The population-attributable fractions (PAF) were calculated for each psychiatric disorder.

Results: A total of 2345 youth suicide and 23 450 comparisons were included. Overall, 44.8% of suicides had a psychiatric disorder, while only 7.9% of the comparisons had a psychiatric disorder. The combined PAF for all psychiatric disorders was 55.9%. The top three psychiatric conditions of the largest PAFs were major depressive disorder, dysthymia, and sleep disorder. In the analysis stratified by sex, the combined PAF was 45.5% for males and 69.2% for females. Major depressive disorder had the highest PAF in both sexes, but the attribution was much higher in female youth suicide. The PAF of dysthymia, sleep disorder, and any anxiety disorder were higher than those of other psychiatric disorders in both sexes. The PAF among young adults aged 20-24 years (57.0%) was higher than among adolescents aged 10-19 years (48.0%). In both age groups, major depressive disorder, dysthymia, and any anxiety disorder had relatively similar PAF values. Notably, sleep disorders contributed significantly to suicide in young adults, which was not observed in adolescents.

Conclusions: Our findings of high PAF from major depressive disorder, dysthymia, and sleep disorder to youth suicides suggest that youth suicide prevention that focuses on detecting and treating mental illness may usefully target these disorders.

国際学会連絡・国際交流資金運営委員会セミナー

Current Status and Countermeasures for Child Suicide from the perspectives of each country

Current Status of Child and Adolescent Suicide in Korea: Are We There Yet?

Woo-Seok Choi

Department of Psychiatry, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

According to World Health Organization (WHO), more than 700,000 people die by suicide every year. It is the fourth leading cause of death among 15 to 29-year-olds worldwide and it has been a major public health concern of global importance.

Suicidal behavior is a complex multifactorial phenomenon with etiological heterogeneity. As well as the individual-level risk factors, the population-level risk factors including social and environmental factors should be considered especially for the youth population.

Unfortunately, South Korea has the highest overall suicide rate among the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries with 24.1 deaths per 100,000 persons in 2020. The suicide rate for adolescents between the age of 10 and 19 was much lower with 7.1 deaths per 100,000 persons. Nonetheless, suicide was still the highest cause of death among 10 to 39-year-olds in Korea.

Recently, we conducted a cross-sectional study of mental health in school-age child and adolescent population. Out of the total study population (6,275), 3.3% reported having experienced non-suicidal self-injury (NSSI) or suicidal ideation at least once in their lifetime. Among them, 18% were children and the remaining 82% were adolescents. In the children group, higher number of male students reported the experience with 1.3% compared to 1.1% in female students. Similar results were shown in the adolescent group with 6.0% males compared to 4.9% females. Specifically for suicidal ideation, 0.51% of the children and 8.30% of the adolescents reported having had the idea at least once and again the numbers were slightly higher in males than females in total (55.3% and 44.7% respectively). 0.12% children and 1.57% adolescents reported a previous suicidal attempt at least once in their lifetime and similarly higher number of males (55.5%) than females (47.4%) were observed in total.

In terms of prevention, multidimensional approach should be taken. Firstly, at individual level, early recognition and intervention is the key especially for the healthcare workers and the psychiatrists. Risk assessments, psychological and pharmacological interventions should be considered when appropriate. Secondly, at population level, public policies including school screening, local gatekeeper training, media reporting guidelines, blocking access to means and public awareness campaigns should be implemented. Although the suicide rates have dropped over the recent years, much work is still needed integrating different levels of interventions and targeting specifically for child and adolescent population.

国際学会連絡・国際交流資金運営委員会セミナー

Current Status and Countermeasures for Child Suicide from the perspectives of each country

Suicide Prevention and Welfare Policies for Children and Young Adults: A Comparison of France and Japan

Akiko Awa, master of sociology, master of health and social policy,

JSPS Research Fellowship for Young Scientists, Ritsumeikan University Faculty of Human Sciences Ph.D(Osaka)

France and Japan had relatively high suicide rates in the overall population as of 2000 (20.19 and 23.9 per 100 000) and have focused their efforts on suicide prevention, seeing reductions of 32% and 42% respectively for suicide rates in the overall population over the 20 years to 2019. However in terms of suicides among young people(15-24 yrs old), France have been able to achieve low value (4.11 per 100 000) by the international standard, whereas in Japan the rate has remained high (12.44 per 100 000). This paper presents the welfare support for children and young people in France, and in particular interventions after suicides attempts.

In France, prevention of suicide is primarily the domain of professionals like social workers and psychologists working at child related institutions, like school or after-school childcare facilities.

As prevention, it is important that suicidal ideation, self-injury or attempted suicide is considered as a child protection matter and propose an in-house care. French Civil Law 375 states “when child health, security, and moral is in danger or at risk, when physical, affective, intellectual, or social development condition is at risk, educational assistance can be ordered by the courts”. All citizens have the responsibility to inform the concerned office of each administrative unit. All adults who work with children have an obligation to have ongoing training about child protection and to know the signs of a child at risk. School is the place which detects the most teens’ trouble. At health check-ups there is an obligation to check psychological health and if needed the school has to follow-up until a resolution of the issue.

The school collaborates with a psychological medical center (CMP) to take care of a child who shows signs of trouble. At CMP, a doctor coordinates care of this child and the family. Sometimes parents can also receive care in this place. The school or CMP can also suggest in-home social and educational care (AED or AEMO). AEMO provides Social and educational care, held by specialized institutions financed by child protection budget. A qualified educator comes for in-home care 5 hours per month or once a week to resolve problems of each family member to improve the child’s environment.

If needed, a judicial decision is taken to protect the child’s rights. When a child doesn’t take medical follow-up or parents don’t act enough even while the child’s situation is still worrying, a judge for children can order medical care or in-home care.

Finally, specialized actors also help teenagers’ crises. For a child who has a suicidal ideation or attempted suicide, there exists in some hospital a “mobile team” of child protection specialists, including social workers, psychologists, and nurses, which provides a follow-up after the child returns home. They align him/her from hospital to territorial daily care system.

国際学会連絡・国際交流資金運営委員会セミナー

Current Status and Countermeasures for Child Suicide from the perspectives of each country

Current Status and preventive effort of Child and Adolescent Suicide in Japan

Takuya Saito MD Ph D

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Hokkaido University hospital, Sapporo, Japan

According to the Ministry of Health, Labour and Welfare, an international comparison of causes of death among teenagers shows that suicide is the leading cause of death in Japan, and the number of suicides per 100,000 population is high among the G7 countries. The number of suicides in Japan has been on a downward trend until 2019, before the COVID-19 epidemic, and has dropped by about 30% for those in their 20s and by more than 40% for those in their 40s and older in the 10 years to 2018. On the other hand, however, for those under 20 years of age, the number increased by 14%, although the absolute number was at a lower level than for other age groups. 512 elementary, junior high, and senior high school students committed suicide in 2022, the highest number ever, the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology reported. This includes 17 elementary school students (up 6 from the previous year), 143 junior high school students (down 5 from the previous year), and 352 high school students (up 38 from the previous year). In particular, there were 207 high school boys, an increase of 38 from the previous year.

According to the National Police Agency's summary, the most common reasons for suicide among those aged 19 or younger was "poor academic performance", followed by "worries about career path" and "worries about entrance examinations". According to UNICEF's 2020 report on child well-being in developed countries, "Report Card 16 - The World as It Affects Children: What Shapes Child Well-Being in Developed Countries," Japan ranks first out of 38 countries in "physical health" due to mortality and obesity rates, yet However, Japan ranks near the bottom in terms of "mental well-being. Mental well-being here is measured by life satisfaction and suicide rates. UNICEF points out that as related to children's level of well-being, Japan is a country where a large percentage of adults work long hours, making it difficult to maintain a balance between family and work, and where a low percentage of children have a low sense of belonging to their schools and are satisfied with their lives. This symposium will discuss the current status of child suicide in Japan and the challenges regarding prevention.

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

薬事委員会セミナー

改訂された注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドラインをどのように臨床に活かすか

ガイドラインに基づく ADHD の評価・診断とその治療

宇佐美 政英

国立国際医療研究センター 国府台病院児童精神科

注意欠如・多動症（ADHD）は、子どもから成人期に至るまで続く疾患であり、子どもの有病率は約5%と極めて高い。ADHD は今日、インターネット上でも頻繁に取り上げられるトピックであり、その治療や支援のあり方については医療だけでなく、教育や福祉の領域でも議論されている。本論では、2022年に発表された“注意欠如・多動症（ADHD）診断治療ガイドライン第5版”について詳細に探る。

このガイドラインは、初版から第2版までの短時間作用型メチルフェニデートの適応外処方時代から、第3版のメチルフェニデート塩酸塩徐放剤と発売前のアトモキセチン、そして第5版に至るまでの新たな神経刺激薬リスデキサンプェミタンの登場まで、薬物療法の進歩を歴史的に追いながら ADHD の診療に関する新たな知見と理解を提供している。

特に、ガイドラインは診断のプロセスにおける留意点に重きを置いている。ASD 由来や逆境体験による衝動性など幼児期の診断、重症度の評価、評価尺度の使用や身体的精査などの必要性、そして ASD などの併存障害との鑑別診断などについて詳述している。これらは、ADHD 診断の精度と適切性を高めるための重要な指針となっている。本ガイドラインはまた、心理社会的治療の必要性を強調している。これには本人への支援、学校との連携、児童相談所や発達センターなどとの連携を含む新たな社会的治療が含まれている。これらのアプローチは、ADHD の管理を薬物療法だけでなく、より広範囲で多角的な視点から捉えるべきであるというメッセージを伝えている。

薬物療法に関しても、ガイドラインはメチルフェニデート塩酸塩徐放剤、アトモキセチン、グアンファシンを第1段階の薬剤とし、次に第一選択薬として使用しなかった2剤のうちいずれかを第2段階の薬剤と位置づけている。そして、リスデキサンプェミタンを第3段階の薬剤とするという流れを明示している。これには、薬物療法のインフォームドコンセントとその実施原則についても言及があり、個々の患者に最適な治療計画を立てるための指針が提供されている。

これら全てを通じて、“注意欠如・多動症—ADHD—診断・治療ガイドライン第5版”は、ADHD の診療を全面的に見直し、そして医療、教育、福祉の領域を跨いで総合的な支援を提供する重要性を強調している。これは、ADHD の管理とは単に病態の管理だけでなく、患者一人一人の生活環境や経験、心理的状況に基づいた全人的な支援が必要であるという視点を明確に示しているのである。

倫理的配慮：総説であり、倫理委員会等は不要である。

利益相反：⑤武田薬品工業株式会社 監修料、シオノギ製薬株式会社 監修料

薬事委員会セミナー

改訂された注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドラインをどのように臨床に活かすか

ADHD の非薬物療法

岡崎 康輔

一般財団法人信貴山病院 ハートランドしぎさん

注意欠如多動症（以下 ADHD）の治療において、環境調整と心理社会的治療といった非薬物療法は、重症度を問わず第一段階の治療とされている。さらに、非薬物療法は、その治療効果が不十分であり薬物療法を開始した後も、併せて実施すべきであり、ADHD 治療において不可欠な治療である。ADHD の非薬物療法を行う上で、環境調整および治療の対象となる児童・親への心理社会的治療、学校など関連専門機関との連携という 4 領域の治療・支援をバランスよく組み合わせることは重要である。

非薬物療法の中でも、環境調整は最も基本的な介入である。日常診療において、ADHD の子どもが医療機関を訪れるきっかけは、家庭や学校といった生活環境での適応上の問題を抱えていることが大多数である。そのため、子どもの抱える不適応の特徴を理解し、さらに特性に応じた環境調整が必要となる。また、環境調整と同時に子どもや親に対する心理社会的治療への取り組みは必要である。子どもに対しては、日常診療で行われる支持的療法に加え、より専門的な心理社会的治療も必要に応じて推奨される。専門的な心理社会的治療は、認知行動療法や行動療法、ソーシャルスキル・トレーニングなどがあげられる。さらに、子どもに対する心理社会的治療と並行して、親やそれに代わる保護者への心理社会的治療も ADHD の治療・支援において重要である。親ガイダンスやペアレント・トレーニング、親子相互交流療法などの親支援は、ADHD の子どもの治療に有効であることが報告されている。一方で、専門的な心理社会的治療は、実施可能な施設が限定されていることもあり、地域の実施できる専門機関へ依頼するための地域連携も大切である。そして、子どもの状態像や学校での適応に関する情報の共有、適応に向けた支援の調整のためには学校との連携は欠かせない。さらに、児童虐待や非行、家庭内暴力などの問題を有する子どもたちにおいて、児童相談所や青少年センター、警察などの地域の専門機関との連携も必要となる。

このように、ADHD 治療において重症度や治療段階を問わず非薬物療法は欠かせない治療であり、個々の特性や取り巻く環境を踏まえた治療・支援を行う必要がある。

倫理的配慮：本演題に関連し、症例報告および演者の行った研究の提示はないため、倫理的考慮を要しない。
利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

薬事委員会セミナー

改訂された注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドラインをどのように臨床に活かすか

ADHD 治療における非中枢神経刺激薬の役割

木原 弘晶

金沢医科大学病院 精神神経科

注意欠如・多動症（以下 ADHD）は、発達に不相応な不注意、多動、衝動性という行動特性で特徴づけられる神経発達症で、生物学的基盤を背景に並存症が多いことが知られている。本邦での治療については、2022年に“注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドライン第5版”が出版され、広く用いられている。ガイドラインでは心理社会的治療に重きが置かれており、薬物療法はあくまで補助的な位置付けとされている。諸外国では中枢神経刺激薬優先のガイドラインもみられる中、本邦では中枢神経刺激薬・非中枢神経刺激薬はともに第一選択とされており、非中枢神経刺激薬の占める役割は大きい。非中枢神経刺激薬においては、2016年のガイドライン第4版策定時は atomoxetine（以下 ATX）のみであったが、第5版で guanfacine 徐放剤（以下 GXR）が追加され、選択肢の広がりとともに役割に応じた薬剤選択が重要となった。そのため、本論では非中枢神経刺激薬の役割に関して今一度再考したい。

ガイドラインにおける薬物療法の進め方は、①第1段階として lisdexamphetamine メシル酸塩（以下 LDX）を除く3剤の中から単剤治療、②効果不十分な場合は第2段階として残り2剤から単剤治療、③効果不十分な場合は第3段階として LDX 単剤、methylphenidate 徐放剤（以下 OROS-MPH）と GXR あるいは ATX の併用、第2段階までで選択していない残り1剤ないし中止の検討、④第4段階以降は LDX 単剤あるいは中止とされ、より詳細な段階設定から細やかな治療が可能となった。非中枢神経刺激薬は第1段階あるいは第2段階での使用となることに加え、中枢神経刺激薬と異なり処方医としての制限がないことから、その使用頻度は高くなると考えられる。また、ATX と GXR の比較では、内服回数は ATX が1日2回、GXR が1日1回で、持続は両剤とも24時間とされている。作用機序は、ATX は NA 再取り込みを阻害し前頭前皮質の DA・NA 濃度を上昇させる一方、GXR は $\alpha 2$ 受容体に選択的に作用し、cAMP 産出低下から HCNch を閉じて後シナプスのシグナル伝達を活性化するという違いがある。副作用も異なり、ATX は食欲不振・嘔気・眠気・高血圧に留意を要するが、GXR は腹痛・傾眠・QT 延長・過鎮静・血圧低下に留意を要するなど、同じ非中枢神経刺激薬でもそのプロファイルは大きく異なっている。

上記を踏まえ、薬剤選択を行う際は各剤のプロファイルを考慮し適切に選択することが望ましいと考える。臨床医は非中枢神経刺激薬のリスクとベネフィットを十分に理解した上で、個々の臨床症状に合わせた中枢神経刺激薬を含む ADHD の薬物戦略を、患者及びその保護者とともに考えていくべきである。

倫理的配慮：本論の発表に際しては最大限の倫理的配慮を行う。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

薬事委員会セミナー

改訂された注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドラインをどのように臨床に活かすか

ADHD 治療における中枢神経刺激薬の役割

堀内 史枝

愛媛大学大学院医学系研究科 児童精神医学講座

注意欠如・多動症(ADHD)の治療目標は、「障害受容を通じたほどほどの自尊心の形成、ADHD 特性を踏まえた適応性の高いパーソナリティの形成」であり、ADHD 治療は、環境調整に始まる心理社会的治療から開始すべきであり、薬物治療が優先されるべきではない。ここでは敢えて、ADHD 治療における中枢神経刺激薬について再考したい。本邦では、小児 ADHD の治療薬として 4 剤が使用可能である。その中でメチルフェニデート塩酸塩徐放錠(以下、OROS-MPH)とリスデキサンプエタミンメシル酸塩カプセル(以下、LDX)が中枢神経刺激薬に属する。OROS-MPH は、2007 年 10 月に「小児期における ADHD」の適応で製造承認された本邦初の ADHD 治療薬である。一方、amphetamine のプロドラッグである LDX は 2019 年 3 月に「小児期における ADHD」の適応で製造承認されたが、その原料が医薬品覚せい剤原料に分類されたため、厳重な流通管理が義務付けられた。

本ガイドラインの ADHD 治療薬による薬物療法の基本フローでは、第一段階は LDX を除く 3 薬剤のいずれかを選択する単剤治療、効果不十分な場合は第二段階として残りの 2 剤から単剤治療を、それでも効果不十分な場合は第 3 段階として LDX 単剤、OROS-MPH+グアンファシン or アトモキセチン、第 2 段階までに選択しなかった LDX 以外の最後の 1 剤による単剤治療、あるいは薬物療法の中止が検討される。この基本フロー図に従って、薬物治療は行えばよいことにはなるが、実際の臨床現場では判断に迷う場合も少なくない。薬物治療開始の年齢下限は 6 歳であるが、どのタイミングで開始するのがより効果的か、終結時期はどのように考えるべきか、自閉スペクトラム症など併存疾患を有する場合はどのように薬剤選択をすべきかなど、検討すべき事項が多数存在する。共同意思決定(shared decision making: SDM) やインフォームドコンセントを通じて相互のやりとりを大切にしながら判断することになるが、十分な情報提供が重要であろう。ADHD 治療薬のプラセボへの優越性は明らかであり、海外においては薬剤間の比較試験も実施されているが、本邦におけるデータが十分とは言えない。また、体格や治療環境の相違より、海外のデータをそのまま汎化できない側面もある。本シンポジウムでは、ADHD 治療における中枢神経刺激薬の役割を中心に考えてみたい。

倫理的配慮：匿名性には十分に配慮した。

利益相反：⑧愛媛大学大学院医学系研究科 児童精神医学講座は、愛媛県の寄附により開設

薬事委員会セミナー

改訂された注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドラインをどのように臨床に活かすか

益と害のバランスを踏まえた中枢神経刺激薬の処方

藤田 純一

横浜市立大学附属病院 児童精神科

【目的】注意欠如多動症への治療はまず個々の能力や生活背景に応じた支援を中心に行い、十分効果が得られない場合は中枢神経刺激薬もしくは非中枢神経刺激薬を用いて薬物療法を行うことが診療ガイドラインで推奨されている。このうちメチルフェニデート、リスデキサンプエタミンの2剤が中枢神経刺激薬として使用されるが、我が国では中枢神経刺激薬の有害事象の中でもその依存性にまつわる問題が懸念されて厳重な管理体制がとられている。臨床家はこれに加えて、正しい情報をもとに子どもと家族が安心できる説明を提供したうえで、処方をする必要がある。

【方法】中枢神経刺激薬の益と害に関する既存の資料を収集し検討した。

【結果】中枢神経刺激薬は注意欠如多動症の中核症状を改善させる上で有効である。さらに、過去の短時間作用型メチルフェニデートへの薬物依存症患者が複数生じた経緯などを踏まえて、依存性に配慮した薬剤開発がなされている。中枢神経刺激薬に関してはADHD適正流通管理システムによる厳格な管理体制や徐放性製剤の発売により乱用リスクは過去よりも是正されている。中枢神経刺激薬による早期介入を行った場合、二次障害を軽減することで依存症リスクを下げる可能性も指摘されている。

【考察】投与の際は、益と害のバランス、子どもや家族の価値観や現状の困難感など患者側のニーズとともに処方を検討すべきである。

倫理的配慮：本発表には患者などの個人情報含まれない。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

心理職に関する委員会セミナー「自閉スペクトラム症の心理アセスメント」

診断につながるアセスメント（ADOS, ADI-R など）

黒田 美保

田園調布学園大学

自閉スペクトラム症（以下 ASD）の診断につながるアセスメントだが、海外では 1990 年代には、いくつかのツールが開発されていた。しかしながら、日本では、こうした ASD の特徴を直接調べるアセスメント・ツールの開発が遅れ、Wechsler 系の知能検査の凹凸から ASD がわかるといった迷信まで生まれていたことは、とても残念である。2000 年代以降、ASD の特性を正確に把握できるグローバル・スタンダードのアセスメント・ツールの日本版や日本独自のアセスメント・ツールが開発され、臨床使用も可能となっている。

ASD では診断に至るまでのスクリーニング・ツールもそろっている。早期発見・早期支援のための「乳幼児期自閉症チェックリスト修正版（Modified Checklist for Autism in Toddlers: M-CHAT）、青年期以降には「自閉症スペクトラム指数（Autism-Spectrum Quotient; AQ）」、全年齢帯に対応する「親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 テキスト改訂版（Parent-interview ASD Rating Scale - Text Revision: PARS-TR）」などがある。

ASD の診断アセスメント・ツールのゴールド・スタンダードとされるのは、自閉症診断面接尺度改訂版（Autism Diagnostic Interview-Revised: ADI-R）と自閉症診断観察尺度第 2 版（Autism Diagnostic Observation Schedule Second Edition : ADOS-2）である。この 2 つの検査は、米国の Lord や英国の Rutter など著名な心理学者・児童精神科医のグループによって、診断の妥当性を担保するために研究用に開発されてきたものだが、もちろん対人コミュニケーションやこだわりの様子を詳細にみることから、臨床的にもきわめて有用である。診断に必要な患者の情報を系統的かつ効率的に収集でき、アルゴリズムを使って診断分類ができるため、熟練した精神科医でなくとも高い精度の診断を実現できるというメリットがある。ADI-R は、ASD 児・者の養育者を被面接者とし、対象者の乳幼児から現在の行動までを詳細に聞いていく検査である。ADOS-2 は、ASD 児・者本人を対象とする行動観察によるアセスメントで、現在の相互的対人関係と意思伝達能力、常同行動と限局された興味を把握できる。すなわち、ADI-R は「過去の行動特性」から、ADOS-2 は「現在の行動特性」から診断に必要な情報を収集でき、両者は相補的役割を果たしているといえる。この二つのアセスメント・ツールの特徴となぜゴールド・スタンダードと考えられているのかについて、解説する。

倫理的配慮：アセスメントの実施場面の協力児者については、本人および本人の保護者の同意を得た。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

心理職に関する委員会セミナー「自閉スペクトラム症の心理アセスメント」

自閉スペクトラム症の心理アセスメント：障害特性に関するアセスメント

岡田 智

北海道大学 教育学研究院

自閉スペクトラム症（ASD）は医療，教育，福祉，司法など様々な領域で心理職が対応する主要な障害群である。状態像もさまざまで，個に応じた治療・教育・支援を実施するためには，個に沿ったアセスメントが重要となる。ただ，心理士がどのような理論や立場に立つかで，扱う心理概念（現場では発達特性とか，障害特性とかと言われる）は異なっているように思う。最近の国内外の研究動向も踏まえて，ASDの症状（活動制限，参加製薬）の背景にある障害特性（機能障害）について，心理職が知っておくべき代表的なものを取り上げる。また，支援や合理的配慮につながるアセスメントの観点や方法についても簡単に触れる。

倫理的配慮：架空事例を用いるので，特段の倫理的配慮は必要はない。

利益相反：本発表において，開示すべき利益相反はない。

心理職に関する委員会セミナー「自閉スペクトラム症の心理アセスメント」

自閉スペクトラム症の心理アセスメント：支援につながるアセスメント —ポストン・プロセス・アプローチからの示唆—

桑野 恵介

株式会社スペクトラムライフ

【目的】

自閉スペクトラム症に対する心理アセスメントにおいて、支援に直接つながるアセスメントとはどのようなものか、ということ进行考察する。

【方法】

知能検査等の認知アセスメントにおいて、合成得点等の集計後のデータではなく、下位検査の各得点の傾向や被験者の反応の傾向等のローデータともいえる情報を中心に扱い、被験者の認知機能の状态を神経心理学等の知見に照らして解釈する「ポストン・プロセス・アプローチ (The Boston Process Approach: BPA)」の特徴を概観することにより、集計後のデータのみを扱うことによって起こり得る誤謬を指摘するとともに、支援につながるアセスメントのあり方を検討する。

【結果】

BPA の観点から分析・解釈すると、起こり得る誤謬の一例として、WISC-IVのワーキングメモリーにおける順唱が非常に高く逆唱が低い被験者において合成得点のみから「このケースはワーキングメモリーが高い」と解釈されるケースが挙げられた。ワーキングメモリーの順唱は、厳密にはワーキングメモリーではなく聴覚的短期記憶の力を求められる課題である。集計してしまうと「ワーキングメモリーの合成得点」は高くなってしまふためこのような誤謬が起こるが、下位検査得点や反応の様子に注目するとより正確に評価できる。

その他、BPA の観点から望ましい分析・解釈の一例として、難易度と正答率が比例しないケースが挙げられた。そうした得点の推移にばらつきがあることに加え、被験者の反応の様子において簡単な問題に対しては慎重さを欠く軽率な態度で臨んでいる場合、いわゆるケアレスミスが生じていると推測されるが、もしそうである場合、低得点の原因は評価の対象となっている認知機能ではなく、そうした個々の認知機能を制御する実行機能の発達や状態に問題があると推測できる。

【考察】

BPA の特徴を概観し、その観点からいくつかのケースを検討したところ、集計後の得点しか扱わないことによって深刻な誤謬が起こりうることや、個々の得点の傾向や反応の傾向に注目することによって問題の真の原因が推測しうるということが示唆された。また、そうしたより被験者の実態に近い分析を行った上で、結果の項に挙げられたような「聴覚的短期記憶」や「実行機能」といった認知心理学や神経心理学的知見に照らして解釈を行うことによって、支援の現場において被験者のどの部分にどのような方向性で支援や介入を行うべきかということについて、より有益な情報を得られることが示唆された。

自閉スペクトラム症は、個々の認知機能の発達や状態にばらつきが大きいケースが多いため、特に集計後のデータしか扱わないことには慎重であるべきで、そしてまたローデータの分析・解釈こそが重要であると考える。

倫理的配慮：本発表で扱う事例は、匿名性を保つために架空事例としている。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

心理職に関する委員会セミナー「自閉スペクトラム症の心理アセスメント」

自閉スペクトラム症のアセスメント：青年期・成人期のメンタルヘルスの問題への気づき

千田 若菜

ながやまメンタルクリニック

自閉スペクトラム症（ASD）やその特性のある人のメンタルヘル스에ネガティブな影響を及ぼす可能性がある要因として、これまでにわが国では「過剰適応」が（本田，2018）、海外では「カモフラージュ／マスクング（social camouflaging / masking）」が指摘されており（Hull et al., 2021）、両者は類似した概念であると考えられる（千田・岡田，2021）。またメンタルヘルス悪化の様相として、海外では2020年以降”autistic burnout”というASDに特有のバーンアウト（燃え尽き）の存在が複数の研究により明らかにされている（Raymaker et al., 2020 ; Arnold et al., 2023 など）。Autistic burnoutにおいては、バーンアウトに伴う能力・機能低下、感覚負荷と引きこもりの位置づけなど、従来のメンタルヘルス支援では考慮されてこなかった新たな知見が指摘されている。話題提供では、これらの概念について紹介し、予防や早期発見のためのアセスメント視点および臨床的気づきについて考えていく。

倫理的配慮：先行研究の紹介および臨床的な気づきについて述べる。臨床的な気づきの例として事例的な話題に触れる場合も、架空事例を用いる。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

ICD-11に関する委員会セミナー

「児童青年期にみられる精神疾患の ICD-11 における診断分類」

ICD-11 と記述精神医学

高岡 健

岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター

ICD（国際疾病分類）と ICF（国際生活機能分類）および ICHI（医療行為の分類）を併せて WHO-FIC（国際疾病分類ファミリー）と呼ぶ。WHO-FIC ファウンデーションは新たに導入された概念で、WHO-FIC の基盤である情報リソースを意味し、約 11 万 5 千の用語が含まれる。ファウンデーションは多次元的なつくりとなっており、統計分類ではない。MMS（死亡・疾病統計用分類）はファウンデーションから切り出された統計用分類で、26 章よりなり、約 3 万 5 千の分類項目が含まれる。精神医学と直接的に関連する章は、WHO の精神保健物質嗜癖部門が関与した「精神・行動・神経発達の疾患」（第 6 章）、「睡眠・覚醒障害」（第 7 章）、「神経系疾患」（第 8 章）、および「性の健康に関連する状態」（第 17 章）の 4 つである。

他の章と同様に、第 6 章においても、各病名に続いて定義（brief definition）が掲げられている。定義は、操作的診断基準と似ているようにみえるが、一部を別にすれば、症状の持続期間や症状数のカットオフ値が定められているわけでは必ずしもない。いいかえるなら、モデル症例の記述に由来する理念型カテゴリー（たとえば身体醜形症や自己臭関係付け症）から、理念型に年齢や持続期間等の数値を加えた操作的カテゴリー（たとえば気分症や注意欠如多動症）、そして完全ではないもののディメンジョン診断を目指したもの（自閉スペクトラム症やパーソナリティ症）まで、さまざまな水準の診断学が混在している。その意味では、ICD-11 は、精神医学を貧しくしたと揶揄されることもある操作的診断基準とは必ずしもいえず、記述精神医学にも比較的なじみやすいものになっている。

さて、身体醜形症は、ICD-10 では病識の程度により「他の持続性妄想性障害」に分類されることもあれば、「心気障害」に分類されることもあった。一方、自己臭関係付け症は、ICD-10 には含まれていなかった診断名である。両者ともに、ICD-11 では「強迫症および関連症群」に含まれ、その下位分類としては「病識が十分又は概ね十分」と「病識が不十分又は欠如した」が設けられた。この下位分類により妄想症との二重診断は行われず、また心気症の除外診断として身体醜形症が明記されたことと相まって、独立した臨床単位になっている。このような位置づけは、日本における思春期妄想症の記述精神医学にもそれなりに親和的といえる。

他方、カタトニアは、ICD-11 において独立したカテゴリーが新設されたことにより、あらゆる疾患との二重診断が可能になった。自閉スペクトラム症との併存についても例外ではない。しかし、自閉スペクトラム症と併存するカタトニアの症状には、常同運動や複雑な反復運動（回転など）といった自閉スペクトラム症自体の特徴でもある症状から、昏迷やカタレプシーその他の古典的カタトニア症状までが含まれるため、それらの相互関係について、さらに詳細な記述精神医学的研究が必要であろう。

倫理的配慮：文献研究であり倫理委員会の承認を要しない。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

ICD-11に関する委員会セミナー

「児童青年期にみられる精神疾患の ICD-11 における診断分類」

ICD-11 における精神病性障害(精神症)

大西 雄一

東海大学医学部総合診療学系精神科学

ICD-11 は 2018 年 6 月に導入版が公表され、2022 年 1 月に発効に至った。2013 年に出版された DSM-5 とは改訂時期が長期間重複しており、両者間でのハーモナイゼーションが図られたとされている。本発表では ICD-10 および DSM-5 と比較しながら、ICD-11 における「統合失調症または他の一次性精神症群」を中心に解説したい。

ICD-11 では psychosis の日本語訳を「精神病」ではなく「精神症」とすることが提案されており、本発表でも「精神症」の訳語を採用している。ICD-11 における精神症は、①統合失調症または他の一次性精神症群、②物質誘発性精神症、③二次性精神症群に大別される。統合失調症または他の一次性精神症群の章には「統合失調症」、「統合失調感情症」、「統合失調型症」、「急性一過性精神症」、「妄想症」、「他の特定される一次性精神症」および「統合失調症または他の一次性精神症群、特定不能」の 7 つの疾患が含まれており、ICD-10 の F2 「統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」に比し診断の数は著しく減り、単純化されている。これらの疾患は持続性の妄想、持続性の幻覚、解体した思考、解体した行動、被影響体験などの陽性症状、感情の平板化などの陰性症状および精神運動性障害を認め、現実検討における著しい障害および行動の変化によって特徴づけられるとされている。一次性精神症群と表現されているのは、これらの症状が②に含まれるような物質使用や③に含まれるような他の身体疾患の直接的な影響によって生じているものではないということを示している。

先に述べたように、ICD-11 と DSM-5 はそれぞれの改訂期間において調整が図られたことで、その構造や記載が類似したものとなっている。妄想型統合失調症といった統合失調症の亜型が廃止されたことなど多くの共通点を持つ一方で、統合失調症診断においては診断に必要な期間や機能障害を診断基準に含めるか否かなど考え方の違いが明確に現れている項目も散見される。

本発表では以上の内容を踏まえながら、ICD-11 の提示する統合失調症像を明らかにしたいと考えている。

倫理的配慮：本発表は非臨床的研究かつ文献研究である。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

ICD-11 に関する委員会セミナー

「児童青年期にみられる精神疾患の ICD-11 における診断分類」

ICD-11 における神経発達症群

太田 豊作

奈良県立医科大学 医学部看護学科 人間発達学

ICD-11 においては、神経発達症群 (Neurodevelopmental disorders) として、知的発達症 (Disorders of intellectual development)、発達性発話又は言語症群 (Developmental speech or language disorders)、自閉スペクトラム症 (Autism spectrum disorder)、発達性学習症 (Developmental learning disorder)、発達性協調運動症 (Developmental motor coordination disorder)、注意欠如多動症 (Attention deficit hyperactivity disorder)、常同運動症 (Stereotyped movement disorder)、一次性チック又はチック症 (Primary tics or tic disorders)、二次性神経発達症候群 (Secondary neurodevelopmental syndrome)、他の特定される神経発達症 (Other specified neurodevelopmental disorders)、神経発達症、特定不能 (Neurodevelopmental disorders, unspecified) が下位カテゴリーとして並記されている。一次性チック又はチック症と二次性神経発達症候群については、二次上位概念に神経発達症群が位置づけられているということに留意する必要がある。

呼称が変更されたものの概念自体に大きな変更がないものもあるが、知的発達症、自閉スペクトラム症、注意欠如多動症については、その変更について理解しておくべきである。知的発達症は、ICD-10 において精神遅滞 [知的障害] として独立してカテゴライズされていたが、ICD-11 では神経発達症群にカテゴライズされた。そして、知的能力とともに適応機能を重視する方向に診断概念が変更された。自閉スペクトラム症は、小児自閉症、非定型自閉症、アスペルガー症候群などの下位分類が廃止され、知的発達症の有無と機能的言語の程度、そして以前に獲得したスキルの喪失を伴うか伴わないかによって区分することでディメンジョナルな評価が意識されている。注意欠如多動症は、ICD-10 において小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害の中にカテゴライズされていたが、ICD-11 では神経発達症群にカテゴライズされ、自閉スペクトラム症との併存診断が可能となった。これらのことについては、アメリカ精神医学会の診断・統計マニュアル DSM-5 の診断概念と共通する部分も多い。本セミナーを通じて、神経発達症群の診断についてのみならず ICD-11 における精神疾患の診断について改めて考え、ご参加の皆様と議論を深めたい。

倫理的配慮：発表内容は文献的考察であり、倫理的配慮を要しない。

利益相反：④武田薬品工業株式会社 (2022) 講演料

ICD-11に関する委員会セミナー

「児童青年期にみられる精神疾患の ICD-11 における診断分類」

ゲーム行動症と危険なゲーム行動 –採否をめぐる論争を振りかえる–

吉川 徹

愛知県医療療育総合センター中央病院

現代の多くの子どもたちにとって、オンライン、オフラインのデジタルゲームは、日常に組み込まれた存在となっている。余暇活動や退屈しのぎとしてだけではなく、身近な友人、知人やそれを越えた範囲の対人交流のツールともなっている。またゲームに関連する活動はプログラミングや e スポーツやなどの形で学校での学習や部活動にも取り入れられ、更にはプロプレイヤーとして、あるいはゲーム制作者などとして、将来の職業の選択肢ともなっている。

こうした状況の中で、デジタルゲームへの嗜癖は大きな臨床的課題となりつつある。ゲームに関連して、長時間の使用、学業成績や勤怠への影響、家庭内での衝突や時には暴力などの困難な状況が見られる事例も多い。アメリカ精神医学会による DSM-5 には「今後の研究のための病態」という位置づけでインターネットゲーム障害が記載され、DSM-5-TR でもこの位置づけに変更は見られなかった。

2022年に発効した現行の ICD-11 においては、ゲーム行動症 (gaming disorder) が採用となった。またゲーム行動症の除外基準の中には危険なゲーム行動 (hazardous gaming) が含まれている。これは疾患概念ではなく「健康状態または保健サービスへのコンタクトに影響を与える要因」の中にコーディングされている。

DSM-5 におけるアメリカ精神医学会の慎重な姿勢にも見られるように、この領域の問題を正式な疾患概念として採用し、臨床に適用することについては、未だに十分な研究の蓄積がなされているとは言い難い状況である。ICD-11 への採用についても専門家の間で激しい論争が行われ、その論争は現在も続いており、拙速な臨床応用については慎重な意見も多い。

今日の臨床現場において、ゲームの問題が顕在化してくる事例では、その多くは背景に他の大きな問題が隠れていることが多い。不登校や引きこもり、家族間の著しい葛藤、自閉スペクトラム症や注意欠如多動症など、治療の焦点とすべき課題は多く、対応の優先順位に苦慮することとなる。

ゲーム関連行動をはじめとした、日常的で、少なくとも一部の子どもにとっては「欠かせない」活動に関する行動嗜癖は、正常とされる状態との間に質的な差異はなく、あくまで量的な逸脱にすぎないとも考えられる。こうした状態を疾病化して取り扱うことの得失は、慎重な検討を要する課題である。

また子どものゲーム行動に対する評価には、大きな地域差、文化差があるようにも見受けられる。東アジアを中心とした地域と欧米などとの間に見られる、育児観、教育観の差異が、この問題をめぐる一連の議論やそれぞれの国や地域における対応の濃淡にも、反映されているようにも見受けられる。発表者は広義の教育虐待とゲームへの「嗜癖」は、背中合わせの問題であるように感じることも多い。

今回のセミナーではこうした観点から、ICD-11 採択の経緯における議論を振りかえるとともに、今後の臨床現場でのこの概念が果たしうる役割について、考察してみたい。

倫理的配慮：文献研究であり、個別の事例は取り扱わない。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

生涯教育に関する委員会セミナー「自閉スペクトラム症を学ぶ」

自閉スペクトラム症概念の歴史

尾崎 仁

兵庫県立ひょうごこころの医療センター

本セミナーは、自閉スペクトラム症について、歴史・病因・診断・治療と支援の4つの側面から概観することを目的としている。本発表では、このうち自閉スペクトラム症の歴史に焦点を当て、自閉スペクトラム症概念の歴史的な変遷を振り返る。

Kanner は 1943 年に『情緒的接触の自閉的障害』において初めて自閉症の症例報告を行い、翌年に「早期幼児自閉症」概念を提出し、1956 年に Eisenberg と共に自閉症の診断基準を提唱した。対人的な情緒的接触の乏しさ、同一性保持への強い欲求、言葉がないかコミュニケーションのために言葉を使用しない等の基準を満たす子どもは古典的自閉症または Kanner 型自閉症などと呼ばれた。一方、Asperger は 1944 年に『小児期の自閉的精神病質』において社会的な孤立や対人的な無関心、限局された興味・関心などの特徴を持つ子どもについて報告した。Asperger と Kanner の報告には共通する特徴が見られたが、Kanner 型自閉症に比して Asperger が報告した子どもは言語能力や知的能力が比較的高いという相違が見られた。Asperger の報告は英語圏ではさほど注目されなかったが、1981 年に Wing が再評価し、Asperger 症候群の呼称が知られるようになる。1960 年代以前の精神医学では、自閉症の特徴を持つ子どもは小児期統合失調症等の精神疾患の亜型と見做されていたが、1960～1970 年代以降の Rutter らの研究により、統合失調症や精神遅滞など他の疾患・障害と自閉症が明確に区別された。1979 年、Wing と Gould は疫学研究を通じて、社会性の障害を有する子どもの多くがコミュニケーションの障害及びイマジネーションの障害を同時に有することを発見し、これらを三つ組の障害とした。さらに Wing は三つ組の障害という観点から、Asperger 症候群から Kanner 型自閉症までを一つの連続体としてとらえる自閉症スペクトラム概念を提唱した。これが現在の自閉スペクトラム症概念の基礎となっている。こうした診断概念の推移と並行して、操作的診断基準の面でも変化があった。DSM-III (1980 年) において初めて自閉症が発達障害として精神病から切り離され、広汎性発達障害とされた。DSM-IV (1994 年) では Asperger 障害等が下位分類に追加される等の変更が加えられた後、DSM-5 (2013 年) で下位分類が撤廃され、自閉スペクトラム症として統合された。

Kanner や Asperger の報告から既に約 80 年が経過したが、自閉スペクトラム症概念はかくの如く変遷を遂げている。診断概念の変更に伴い、治療者によって診断が過剰にも過小にもなりえ、有病率も変化している。正確に診断を下し、適切な治療や支援につなげるためには、最新の操作的診断基準を熟知するばかりでなく、診断概念の歴史を知ることが重要であると考えられる。

倫理的配慮：本発表は文献研究であり、個人情報を含まない。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

生涯教育に関する委員会セミナー「自閉スペクトラム症を学ぶ」

自閉スペクトラム症の病因（遺伝要因を中心に）

加藤 秀一

名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療科

自閉スペクトラム症（ASD）の診断基準は、他の精神疾患と同様に、患者の自他覚的な臨床症状に依拠しており、脳を含む身体に生じる生物学的な変化に基づいたものではない。その結果、ASDの患者群に多様な病態が含まれること可能性が想定され、病態に基づく真の診断法や治療薬の開発を進める糸口を見出せていない。ASDは、様々な要因が複雑に絡みあって発症することが想定されているが、双生児研究や疫学研究の知見より、遺伝要因の発症への寄与が他の精神疾患に比べて高いことが知られている。ゲノム解析研究を起点に、疾患の分子・細胞・神経回路・脳・個体の各レベルで生じる表現型・機能異常を同定し、包括的に病態を明らかにして、病態に基づく診断法・治療薬の開発が強く求められている。一方で、得られつつある知見を臨床に活かせるケースもみられるようになってきているが、適切な精神科遺伝カウンセリングについては十分に検討されていない。

近年、DNAマイクロアレイや次世代シーケンサーの普及により、全ゲノム関連解析のみならず全ゲノム解析を比較的 low コストに行えるようになり、数多くのゲノム解析研究が行われてきた。ゲノムコピーバリエーション (copy number variation: CNV) を調べる全ゲノム CNV 解析、エクソン領域の配列を読み取る全エクソームシーケンス解析 (エクソーム解析)、また、エクソン以外の領域も含む全ゲノムシーケンス解析が大規模に行われるようになってきている。最新の次世代シーケンサーであるロングリードシーケンサーを用いた全ゲノムシーケンス解析により、今まで解読できなかった染色体領域の探索や、同定の難しかったサイズや構造のゲノムバリエーションを同定できるようになってきている。その結果、多くの ASD 発症のリスク遺伝子が同定されつつあり、病態解明に向けた研究が進められている。

2021 年にマイクロアレイ染色体検査が保険適用となるなど、新しい遺伝学的検査の臨床への応用も進められ、ASD の約 5% に併存するとされる既知の遺伝性疾患を正確に評価できるようになってきている。これらの遺伝性疾患に併存しやすい身体疾患を念頭に置いて健康管理に役立てるなど、プレジジョン・メディシン (精密医療) 実現の一助ともなっている。遺伝学的検査で得られた知見を ASD の臨床に活かすにあたっては、精神医学と臨床遺伝学双方の知識を踏まえ、その家族特有の悩みや遺伝的背景に基づいた遺伝カウンセリングが行われるべきである。

倫理的配慮：紹介する症例については、当事者および/あるいは代諾者に口頭及び書面で同意を得ており、個人情報保護に配慮し発表する。遺伝学的検査の一部は名古屋大学医学部倫理審査委員会の承認を得られた研究の中で行われた。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

生涯教育に関する委員会セミナー「自閉スペクトラム症を学ぶ」

自閉スペクトラム症の診断

岡崎 康輔

一般財団法人信貴山病院 ハートランドしぎさん

自閉スペクトラム症（以下 ASD）は、社会的コミュニケーションの障害、限定された反復的な行動を特徴とする神経発達症の 1 つである。早期の親子への支援は子どもの機能を高めることや成人以降の生活の質に影響することが知られていることから、適切な ASD の早期診断は重要である。

ASD の診断を行う際、DSM-5 や ICD-10 といった操作的診断基準は広く用いられる。しかし、これらの操作的診断基準を用いたとしても診断のばらつきはみられることから、本邦では様々な評価スケールを診断の補助として用いられている。これらの評価スケールは本人または保護者に対して実施するもの、親面接式自閉スペクトラム症評定尺度のように、比較的短時間で一定の知識があれば実施可能なものから、Autism Diagnostic Interview-Revised や Autism Diagnostic Observation Schedule Second Edition のように実施には 1~2 時間程度必要で有資格者のみが実施可能なものまで様々である。さらに、乳幼児期の子どものスクリーニングでは、乳幼児期自閉症チェックリスト修正版も有用である。このように、子どもごとに、施設ごとに診断の際に用いるツールは検討されるべきであろう。また、客観的に子どもの発達や知能レベル、認知機能のばらつきを評価することは診断の補助やその後の支援に有用であることから、知能検査、発達検査も必要な検査である。一方で、操作的診断基準や評価スケールのカットオフ値のみで ASD の診断を行うことは十分とはいえない。ASD の診断のため、発達歴、生活歴、現病歴、家族歴、さらには併存症を十分に把握するため丁寧な問診も大切である。また、子どもの特性を保護者などからの情報のみではなく、時間をかけて診察医の目で観察することも必要である。適切な支援につなげることは ASD の診断の意義の 1 つである。そのため、子どもの成長とともに支援の必要性も変わることから、診断の必要性も変わりうることも考慮されたい。そして、経過中に症状の変化を認め、診断名が変わりうることも理解した上で、本人や家族と診断の意義や診断の変遷の可能性を共有し、総合的な評価のもと診断を行うことが大切である。

本セミナーでは、実臨床における ASD の診断について、診断の意義や評価ツールについて述べながら考えたい。

倫理的配慮：本演題に関連し、症例報告および演者の行った研究の提示はないため、倫理的考慮を要しない。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。

生涯教育に関する委員会セミナー「自閉スペクトラム症を学ぶ」

生涯教育に関する委員会 委員会セミナー テーマ：「自閉スペクトラム症を学ぶ：治療と支援」

岩佐 光章^{1,2}

1. 横浜市総合リハビリテーションセンター 発達精神科、2. 横浜市西部地域療育センター

本セミナーは、自閉スペクトラム症（以下、ASD）について、歴史・病因・診断・治療と支援の4つの側面から概観することを目的としている。本発表では、このうち ASD の児童期における治療と支援について基本的な考え方を解説する。

ASD の治療や支援には、以下の3点に特徴がある。①ASD 症候の軽減を一律に目指すのではなく本人の生活面に即した治療や支援を心がけ、診察室や療育室の中での閉じた支援ではなく家庭や学校生活に視野を広げておくことが求められる。②診療においては本質的に薬物療法だけで改善することはなく、薬物療法に頼りすぎない診療が求められる。③児童期には親（養育者）が同伴で相談に訪れることが多く、親をうまく含みこんで本人支援を展開することで薬物療法をはじめとする他のどのような治療よりも絶大な効力を発揮する。

ASD の治療や支援を行うに際して、医師や公認心理師が子どもの発達特性を親に説明することは、重要なプロセスの一つと位置付けられる。早期から支援者が関わることで、親が周囲から心理社会的に孤立することを防ぎ、親の過度なストレスを減らすことで子どもへの不適切な養育を防ぐことが期待できる。できれば多職種チームを組み、親の不安や戸惑いを十分に受け止めた上で、親への共感的態度を基礎にしたカウンセリングを行う。早期療育は様々な理論と実践が報告されており、エビデンスに基づく実践を重視していく。全ての子どもに万能なやり方というものはなくケースの個別性に配慮し、短期的な効果を狙うのではなく長期的な視点をふまえた支援を心がける。

学齢期のフォローでは、子どもの様子を心理発達の見地から定期的にチェックし、想定される事態を早期に予測し火が燃え広がる前に未然に摘み取り、悲惨な事態を最小限度に抑える「予防的介入」の観点を重視する。ふだんから学校教育や関係機関との連携を構築していると、いざ問題が発生した時にも対応が格段にしやすくなるため、いくらかの労力を割いても学校教育との顔のみえる連携を構築しておくことは重要な仕事の一つといえる。不登校や引きこもりなど、ASD に加えて二次的・三次的な症状をもって初めて来院した場合、本人も親も ASD そのものの特性が当面の主訴ではないことがしばしばあり、まずは直面している課題を共有し POMR（問題志向型診療記録）の考え方にそって治療や支援を進めていく。ある程度治療関係が形成されてきた段階で本人の ASD の可能性について触れていくと、環境調整も含めたその後の支援の展開が進んでいきやすい。ASD の薬物療法は、主には発達特性に加えて精神症状や心身症がみられそれに付随する生活上の困難さを認める場合に実施を検討する。ASD の子どもで易刺激性に伴い興奮や攻撃性が強い場合に、aripiprazole あるいは risperidone が適応承認されており、過鎮静や体重増加などの副作用に注意しつつ処方する。

倫理的配慮：当日の発表で用いる一切の個人情報については、筆者の所属する施設の倫理委員会の規定にそって保護者から同意を得ている。

利益相反：本発表において、開示すべき利益相反はない。